

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 75

Travail du Service de Chirurgie de l'Hôpital mixte de Béziers
(Docteur Arrivat)

ÉTUDE CRITIQUE
DE
QUELQUES OBSERVATIONS
DE
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1937

PAR

Jean JOUBÉ

Né à Montpellier (Hérault), le 1^{er} mars 1911

Ex-externe des Hôpitaux de Montpellier

Interne des Hôpitaux de Béziers

Diplômé d'Hygiène

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. LAPEYRE, professeur, *Président*.

RICHE, professeur.

COLL DE CARRÈRA.

MOURGUES-MOLINES. Agrégés.

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

Société anonyme à capital et personnel variables

14, Avenue Georges-Clemenceau. — Téléphone : 28-78

1937

ÉTUDE CRITIQUE
DE
QUELQUES OBSERVATIONS
DE
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	N.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	GIRAUD.
Clinique médicale.....	VIRES, asses.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	RICHE.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	I.EENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Matière médicale (Ch. de c.).....	VILLARD.
Radiologie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Anatomie (ch. de c.).....	CABANNES.
Histologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TÊDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

Chargés de Cours complémentaires

Pathologie expérimentale.....	MM. PAGES.
Pathologie externe.....	AIMES.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, a.l.
Accouchements.....	COLL DE CARRERA.
Clinique phtisiologique.....	N.
Clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. BOULET.	{	Chirurgie.....	MM. AIMES.
		PAGES.			MOURGUES-MOLINES, GUIBAL,
		JANBON.			ROUX.
		BAUMEL.		Obstétrique.	COLL DE CARRERA.
		VIDAL.		Bactériologie.	CARRERE.
		P. RIMBAUD.		Ophtalmologie.	DEJEAN.

Examineurs de la thèse :

MM. LAPEYRE, prof ^r , président.	MM. COLL DE CARRÉRA, agrégé.
RICHE, professeur.	MOURGUES-MOLINES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

J. JOUBÉ.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui, durant notre séjour dans son service des Hospices de Montpellier en qualité d'externe, a été pour nous d'une bienveillance toute particulière.

Ses leçons, faites avec la plus haute compétence, ont été et seront pour nous du plus grand profit.

A MON JURY DE THÈSE

J. JOUBÉ.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARRIVAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHIRURGIEN-CHEF DE L'HOPITAL MIXTE DE BÉZIERS

Nous avons retiré de son enseignement, au cours de notre séjour dans le service de chirurgie de l'Hôpital mixte de Béziers, la plus grande part des connaissances chirurgicales nécessaires au médecin pratiquant.

Nous avons eu en lui un exemple de ce que doivent être la dignité et la fierté médicales.

De toutes ces leçons, nous lui sommes infiniment reconnaissant et nous lui exprimons ici notre gratitude.

J. JOUBÉ.

ÉTUDE CRITIQUE
DE
QUELQUES OBSERVATIONS
DE
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé, dans ce modeste travail, d'analyser cliniquement une série d'observations qui ont été mises à notre disposition par M. le Docteur Arrivat, Chirurgien-chef de l'Hôpital mixte de Béziers, dont nous avons eu le grand honneur d'être l'interne pendant une année.

Toutes ces observations ont été rassemblées par un même chirurgien, le Docteur Arrivat, soit dans sa clientèle privée en sa clinique, soit à l'hôpital de Béziers, dans son service. Elles émanent d'une clientèle appartenant à la région biterroise, prise dans une même race dont les conditions de vie sont, à peu de chose près, semblables.

Nous tenons à bien mettre en lumière que notre but n'est point d'émettre une opinion nouvelle, quelle qu'elle soit, sur les grossesses ectopiques ; nous voulons seule-

ment étudier d'une façon approfondie les observations que nous avons à notre disposition. Nous établirons des proportionnalités que nous comparerons à celles des différents auteurs et nous tâcherons à la lumière de ces chiffres de tirer quelques conclusions personnelles.

Voici comment nous allons présenter notre travail :

Dans un premier chapitre, nous exposerons les observations.

L'étude statistique de ces observations formera un deuxième chapitre.

En troisième lieu, nous envisagerons en détail les éléments cliniques qui nous paraissent les plus importants, en particulier quelques éléments de la symptomatologie, tels que la douleur et les syncopes. Nous nous arrêterons sur un fait qui nous a frappé dans notre statistique : c'est la forte proportion des récides de grossesse extra-utérine que nous avons relevée puisqu'elle est de 19 %.

Nous exposerons ensuite quelques particularités des traitements qui ont été effectués et leur justification.

Enfin, en dernier lieu, nous tirerons les conclusions qui nous ont été suggérées par l'étude clinique critique que nous avons faite de nos observations.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION PREMIÈRE

Grossesse extra-utérine. — Hématosalpynx

Femme de 24 ans.

Examen le 15 janvier 1921.

Antécédents gynécologiques :

Trois grossesses à terme.

Histoire clinique :

Les premiers troubles datent de trois mois ; ce sont des signes sympathiques de grossesse avec arrêt de règles.

Il y a deux mois, douleurs dans le bas-ventre survenant en crise et s'accompagnant de syncopes.

Deux autres crises avec état syncopal lui succèdent.

Il y a vingt jours, métrorragies, expulsion de moule de muqueuse utérin, pas de traces d'œuf.

Depuis, elle perd et souffre du ventre.

Examen :

Ventre : un peu douloureux.

Toucher vaginal : cul-de-sac gauche occupé par une masse du volume d'une mandarine. ●

Seins : tubercules développés, aréole, colostrum.

Diagnostic :

Grossesse extra-utérine avec avortement tubaire.

Trailement :

Intervention du 19 janvier 1921.

Sous rachianalgésie :

Sur la gauche de l'utérus, l'épiploon est étalé et adhérent sur une masse noirâtre de la grosseur d'un petit point ; les anses grêles et le côlon sigmoïde y adhèrent également.

Pas de liquide dans le péritoine.

On enlève cette masse gauche. Utérus conservé.

Pièce opératoire :

Hématosalpynx. — Au centre est une cavité du volume d'une petite noix contenant un liquide brun et un petit embryon de 1 centimètre 5.

Suites :

Simple.

OBSERVATION II

(Récidive de l'Observation première)

Rupture tubaire

Examen le 10 décembre 1922.

Histoire clinique :

Arrêt de règles depuis un mois et demi.

Troubles sympathiques de grossesse.

Le 5 décembre 1922, vives douleurs dans le bas-ventre, qui se généralisent rapidement à tout l'abdomen.

Reproduction de la crise le 6, dans la nuit, et le 9 au matin, ne s'accompagnant jamais d'hémorragie.

Examen :

Etat général : pâleur intense, pouls à 56.

Ventre : météorisé.

Toucher vaginal : col mou, corps fixé, cul-de-sac postérieur occupé par une masse molle et mal limitée.

Diagnostic :

Rupture de grossesse tubaire.

Traitement :

Intervention le 11 décembre 1922.

Anesthésie générale à l'éther.

Ventre plein de caillots mous et noirâtres en très grande quantité.

La trompe droite est rompue et contient un œuf du volume d'un œuf de pigeon.

Hystérectomie subtotale.

Suites :

Simples.

OBSERVATION III

Hématocèle rétro-utérine

Femme de 35 ans.

Examen le 15 octobre 1921.

Antécédents gynécologiques :

Deux accouchements normaux.

Histoire clinique :

Arrêt de règles depuis trois mois.

Signes sympathiques de grossesse.

Le 15 septembre, crise douloureuse abdominale suivie de quatre autres crises moins violentes dans le courant du mois.

Depuis quelques jours, douleurs abdominales basses permanentes accompagnées de métrorragies peu abondantes, mais continuelles.

Examen.

Ventre : masse molle remontant presque à l'ombilic.

Toucher vaginal : col mou, entr'ouvert, corps non perçu, perdu dans une masse remplissant le Douglas en continuité avec la tumeur hypogastrique et de même consistance.

Trailement :

Intervention le 15 octobre 1921 sous-rachianalgésie :

on découvre une masse énorme adhérente à la paroi antérieure et au côlon pelvien qui la croise en écharpe ; c'est une hématocele comprenant des caillots rougeâtres récents et d'autres en partie organisés.

L'utérus est englobé dans la masse ; il est petit.

La trompe gauche est rompue.

Evacuation des caillots et ablation des annexes gauches.

Drainage.

Suites :

Simples.

OBSERVATION IV

Hématosalpynx

Femme de 23 ans.

Examen le 27 février 1923.

Antécédents gynécologiques :

Un accouchement normal il y a 18 mois.

Histoire clinique :

Depuis 3 mois, absence de règles sans signes sympathiques et sans hémorragie.

Examen :

Toucher : col utérin entr'ouvert.

Cul-de-sac gauche occupé par une grosse masse molle.

Traitement :

Intervention le 1^{er} mars 1923.

Sous anesthésie rachidienne.

A gauche, hématosalpynx du volume d'une mandarine.

A droite, trompe à pavillon fermé, gros ovaire scléro-kystique.

Hystérectomie subtotale.

Pièce opératoire :

Hématosalpynx contenant un œuf du volume d'une petite noix.

Suites :

Simples.

OBSERVATION V

Rupture tubaire avec hémorragie cataclysmique

Femme de 34 ans.

Examen le 13 juillet 1923.

Antécédents gynécologiques :

Deux accouchements excellents ; pas de passé génital pathologique.

Histoire clinique :

Les règles du mois de juin sont très peu abondantes ; la malade présente quelques signes sympathiques.

Le 13 juillet, à 9 heures du matin, douleur dans le bas-ventre, pâleur intense, syncope. Depuis lors, le pouls se maintient rapide ; la malade présente de l'adynamie et de la stupeur. Météorisme abdominal.

Examen :

Effectué le même jour à 22 heures.

Etat général : pouls à 124, température 36°5, nausées.

Ventre : tendu et douloureux d'une façon uniforme.

Toucher : très douloureux, ne donnant que peu de renseignements.

Diagnostic :

On hésite entre une tentative d'avortement criminel et une grossesse extra-utérine rompue.

Le lendemain, l'état général misérable (faciès tiré,

très pâle, nez pincé, pouls à 140) commande l'intervention.

Traitement :

Intervention le 14 juillet 1923.

Sous-petite anesthésie à l'éther.

A l'incision jaillit un flot de sang rouge dans lequel se trouvent des caillots mous. On se dirige vers l'utérus et les annexes et on voit la trompe droite qui présente à son tiers distal un trou grand comme une pièce de 50 centimes par où s'écoule du sang.

Ablation des annexes droites, évacuation rapide des caillots, drain, paroi refaite en un seul plan.

Pièce opératoire :

On retrouve un petit œuf parmi les caillots.

OBSERVATION VI

Hématocèle rétro-utérine

Femme de 40 ans.

Examen le 17 septembre 1924.

Antécédents gynécologiques :

Rien à signaler.

Histoire clinique :

Les dernières règles datant du 15 juillet ont été peu abondantes. Depuis lors, elle souffre du ventre.

Il y a trois jours, elle a ressenti une douleur très violente s'accompagnant de vomissements.

Examen :

Le 5 août : ventre ballonné avec défense à gauche.

Toucher : col utérin mou et entr'ouvert. Région annexielle gauche tendue et empâtée.

On ne pense pas à une grossesse extra-utérine et la malade est mise au repos et à la glace. Malgré ce traitement, l'état ne s'améliore pas.

Le 16 septembre : Nouvel examen. Au palper abdominal on constate la présence d'une masse remontant jusqu'à l'ombilic, dure et douloureuse. Le toucher révèle qu'elle remplit le douglas.

Trailement :

Intervention le 17 septembre 1924.

Sous anesthésie à l'éther.

On tombe sur une énorme masse noirâtre très adhérente faite de caillots anciens en grande quantité dont le volume est évalué à un litre et qui sont évacués.

C'est la trompe gauche qui s'est rompue et qui a provoqué l'hémorragie.

Hystérectomie totale avec drainage au Mikulicz.

Suiles :

Guérison après suppuration pariétale.

OBSERVATION VII

Avortement tubaire

Femme de 24 ans.

Examen le 8 décembre 1924.

Antécédents gynécologiques :

Pas de passé génital, pas de grossesse, mariée depuis sept mois.

Histoire clinique :

La malade se plaint uniquement de souffrir du ventre d'une façon permanente.

Absence des règles du mois.

Examen :

Toucher : on note simplement une tumeur juxta-utérine dans le cul-de-sac gauche.

Traitement :

Intervention le 13 décembre 1924.

Sous anesthésie à l'éther.

Laparotomie : on trouve quelques caillots dans le péritoine, la trompe gauche augmentée de volume, son ostium abdominal est dilaté et il s'en échappe une petite masse noirâtre. On enlève les annexes correspondantes.

OBSERVATION VIII

Rupture de grossesse tubaire

Femme de 23 ans.

Examen le 24 juillet 1925.

Antécédents gynécologiques :

Pas de grossesse, pas de passé génital.

Histoire clinique :

Le 24 juillet 1925, elle a été brusquement prise au matin d'une vive douleur dans l'abdomen, s'accompagnant d'état syncopal, pâleur, tachycardie.

Cet état persistant, la malade n'a pas été jugée transportable et le chirurgien a été appelé à la voir à domicile.

Examen :

Etat général : pouls à 120, pâleur intense, tendance à la syncope.

Ventre : légèrement météorisé.

Toucher : cul-de-sac tendu et très sensible. Le doigt est retiré ensanglanté traduisant un petit écoulement utérin.

Traïement :

Intervention immédiate.

Sous anesthésie à l'éther.

L'abdomen contient du sang rouge en assez grande abondance et quelques caillots.

La trompe droite est rompue.

Ablation des annexes droites. Appendicectomie.

OBSERVATION IX

(Récidive de l'Observation n° 8)

Rupture de grossesse tubaire

Examen le 5 décembre 1932.

Histoire clinique :

Elle présente un retard de règles de 20 jours et depuis 2 semaines environ, apparition de petites pertes rouges et de douleurs hypogastriques vagues. Pas de signes sympathiques.

Examen :

Toucher : petit utérus plaqué contre la symphyse.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse demi-molle remplissant le Douglas.

Traitement :

Intervention le même jour.

Sous rachianalgésie percaïne.

On trouve un petit utérus refoulé en avant par une hématocele remplissant le Douglas et cloisonnée par de simples voiles.

On pratique une hystérectomie de droite à gauche permettant d'enlever de bas en haut la trompe gauche, rompue dans un hématome plus gros que le poing.

OBSERVATION X

Rupture tubaire. — Hémorragie cataclysmique

Examen le 23 décembre.

Femme de 29 ans.

Antécédents gynécologiques :

Une grossesse antérieure sans incidents.

Histoire clinique :

Les règles survenues 15 jours auparavant ont été peu abondantes. Quelques signes sympathiques de grossesse se sont manifestés. De petites pertes rouges foncées persistent jusqu'au 23 décembre au matin où la malade présente une brusque douleur abdominale vite diffusée déterminant une syncope. Le pouls s'accélère de plus en plus.

Examen :

Le 23 décembre à 22 heures.

Etat général : température 36°5, pouls à 150, pâleur intense.

Ventre : défense dans tout l'hypogastre.

Toucher : ne donnant aucun renseignement.

Traitement :

Intervention immédiate.

Sous anesthésie discontinue et superficielle à l'éther.

Laparotomie. — Le ventre est plein de sang. On va rapidement à l'utérus ; la trompe gauche dilatée présente en son tiers moyen une perforation grande comme une lentille qui saigne abondamment.

Ablation des annexes gauches, évacuation des caillots.

Suite :

Amélioration rapide.

OBSERVATION XI

Hématocèle pelvienne latérale

Femme de 25 ans.

Examen le 9 décembre 1927.

Antécédent gynécologiques :

Un accouchement il y a 2 ans avec suites septiques.

Histoire clinique :

Les dernières règles sont apparues avec huit jours d'avance le 15 novembre. Depuis lors, la malade se plaint de douleurs abdominales accompagnées d'un petit écoulement sanguin. Il n'existe pas de signes sympathiques, elle présente néanmoins un écoulement de colostrum.

Examen :

Ventre : on aperçoit une masse douloureuse, mobile et régulière.

Toucher : le cul-de-sac droit est occupé par cette même masse, le col utérin est mou et refoulé à gauche.

Traitement :

Intervention le 10 décembre 1927.

Sous anesthésie au Baisoforme.

A l'ouverture de l'abdomen apparaît une masse noirâtre flanquant à droite l'utérus, recouverte par l'épiploon adhérent et l'appendice et contenant des

caillots sanguins noirâtres déjà anciens issus de la trompe droite dont l'ostium abdominale s'ouvre dans l'hématome.

Ablation en masse de l'épiploon, des annexes droites, de l'appendice et de l'hématome.

Pièce :

Il s'agit bien d'un hématosalpynx ouvert dans le péritoine et dans lequel on trouve des débris d'aspect placentaire.

OBSERVATION XII

(Récidive de l'Observation n° 11)

Avortement tubaire

Examen juillet 1929.

Histoire clinique :

Après un retard de règles de quelques jours et sans signes sympathiques apparaissent des douleurs abdominales.

Examen :

Toucher : on perçoit une masse juxta et rétro-utérine gauche.

Traitement :

Intervention le 25 juillet 1929.

Anesthésie au Balsoforme.

On trouve un hématome occupant le Douglas et la moitié gauche du pelvis contre la paroi duquel il est appliqué. Il a le volume d'une orange et contient des caillots noirâtres.

Hystérectomie totale.

Pièce :

Trompe distendue à orifice externe dilaté par où s'échappe dans le péritoine un gros caillot.

OBSERVATION XIII

Avortement tubaire

Femme de 38 ans.

Examen juillet 1927.

Histoire clinique :

Cette malade ne se croyant pas enceinte consulte pour des douleurs abdominales sans caractère particulier s'accompagnant d'un petit écoulement sanglant.

Examen :

Toucher : le col ne présente rien de particulier.

Le corps est gros.

Cul-de-sac droit occupé par une petite masse annexielle très sensible à la pression du doigt.

Diagnostic :

Grossesse extra utérine.

Traitement :

Intervention le 20 juillet 1927.

Anesthésie à l'éther.

Incision de Pfannenstiel. Le petit bassin contient une assez grande quantité de sang noirâtre. Cette hémorragie s'est faite par le pavillon de la trompe droite, qui a le volume d'un œuf de pigeon dans son tiers externe, et est prolabée dans le Douglas.

L'utérus est gros, porteur d'un petit fibrome. La trompe gauche est dure, sinueuse, adhérente à la face postérieure de l'utérus.

L'appendice est long, rouge, sinueux, induré avec deux fécalomes.

Ablation des annexes droites et de la trompe gauche, du petit fibrome et de l'appendice.

Suites :

Suppuration pariétale.

OBSERVATION XIV

Hématosalpynx en voie de rupture

Femme de 20 ans, mariée depuis 17 mois.

Examen fin septembre.

Histoire clinique :

Les dernières règles sont en date du 15 juillet.

Le 27 août apparaît une petite hémorragie avec débris de caduque ; depuis lors, elle ne cesse de souffrir et pense qu'elle a fait un avortement.

Examen :

Toucher : utérus petit dont le col est entr'ouvert.

Dans le cul-de-sac droit, on perçoit une petite masse juxta-utérine.

Traitement :

Intervention.

Anesthésie à l'éther.

Un exsudat brunâtre remplit le cul-de-sac vésico-utérin. Une masse de même coloration, du volume d'une mandarine et développée aux dépens des annexes droites, est prolabée dans le Douglas.

On note la présence d'un appendice pelvien dont la pointe adhère à cette masse.

Appendicectomie et ablation des annexes droites.

Pièce :

C'est un hématosalpynx droit fissuré en voie de rupture.

Avenir obstétrical :

Cette femme a eu une grossesse normale, accouchement à terme, 3 ans après.

OBSERVATION XV

Rupture tubaire

Femme de 30 ans.

Examen le 9 octobre 1927, à 16 heures.

Antécédents gynécologiques :

Un accouchement normal.

Histoire clinique :

Depuis quelques jours, elle présente de petites pertes rouges accompagnées de lipothymies.

Le 9 octobre, à 14 heures, perte de connaissance, chute et signes d'hémorragie interne.

A 16 heures, femme exsangue, pouls imperceptible, pas d'oscillation à l'oscillomètre de Pachon. Les bruits du cœur sont très sourds.

A 17 heures, l'état est le même malgré que l'on ait fait une injection de 1 litre de sérum intra-veineux.

On pratique une transfusion massive de 450 cmc. de sang.

Le pouls revient, l'état général s'améliore et permet l'intervention.

Intervention :

Anesthésie très superficielle à l'éther.

Le ventre est plein de sang avec au fond du Douglas quelques caillots plus anciens.

L'utérus est gros ; la trompe droite est rompue dans ses deux tiers internes.

On pratique l'ablation des annexes droites ; la paroi est refermée en un plan.

Suites :

Inquiétantes les deux premiers jours, et puis amélioration rapide.

OBSERVATION XVI

Avortement tubaire

Femme de 25 ans.

Examen le 8 mars 1928.

Histoire clinique :

Depuis le mois de décembre, arrêt de règles sans signes sympathiques.

En février, apparition de règles insignifiantes.

Le 8 mars, elle consulte son médecin qui fait un examen très poussé et trouve une masse juxta-utérine gauche. En sortant dans la rue, elle souffre violemment, tombe et perd connaissance.

Examen :

Effectué le soir même.

Ventre : météorisé et tendu, mais sans défense.

Toucher : le cul-de-sac gauche est empâté, très sensible, ne bombant pas ; on ne sent pas de tumeur.

Traitement :

Intervention le 14 mars 1928.

Sous anesthésie à l'éther.

Le pelvis est plein de caillots, les uns vieux, les autres récents. Le sang vient de l'ostium abdominale de la

trompe gauche qui est du volume d'une petite mandarine.

On constate, en outre, qu'il existe une annexite droite adhérente ainsi qu'un kyste hématique d'un corps jaune de l'ovaire droit.

On procède à une hystérectomie subtotale.

OBSERVATION XVII

Femme de 28 ans.

Examen le 20 avril 1928.

Antécédents gynécologiques :

Un accouchement à terme en 1919.

Métrite chronique qu'elle traite encore à l'heure actuelle.

Histoire clinique :

Les règles sont très irrégulières depuis quelques mois.

Le 16 avril, elle ressent une vive douleur dans la fosse iliaque gauche.

Elle présente de petites pertes sanguines. Le médecin traitant a constaté un utérus dévié à droite et une masse annexielle gauche (avec réaction péritonéale ?).

Le 20 avril à 12 heures, état syncopal, douleur violente ressentie dans le ventre, pâleur intense, pouls misérable à 120. Petite hémorragie utérine et élimination de débris de caduque.

Examen :

Ventre : météorisé et tendu.

Toucher : dans le cul-de-sac gauche, on perçoit une grosse masse annexielle refoulant l'utérus.

Trailement :

Intervention immédiate.

Anesthésie à l'éther.

Le ventre est plein de sang, on accroche une tumeur annexielle gauche qui saigne.

On pratique l'ablation des annexes correspondantes ; on assèche le bassin.

Pièce :

La trompe gauche est du volume d'une petite orange, elle est éclatée à son tiers externe et contient des débris placentaires.

OBSERVATION XVIII

Rupture tubaire avec inondation péritonéale

Examen novembre 1928.

Histoire clinique :

Cette femme est opérée pour symptômes d'hémorragie interne le 12 novembre 1928.

Intervention :

Le ventre est plein de caillots, après leur évacuation, il vient du sang rouge.

Sur la trompe gauche, qui est du volume d'une petite mandarine, on voit une rupture de un tiers de centimètre environ par où sort du tissu placentaire. Cet orifice saigne abondamment.

Pièce :

La trompe rupturée sur sa face antéro-supérieure contient un placenta et un petit fœtus de 2 centimètres de long.

OBSERVATION XIX

Hématosalpynx

Femme de 27 ans.

Examen le 13 février 1929.

Antécédents gynécologiques :

Un avortement ayant nécessité un curettage. Leucorrhées très abondantes. Règles irrégulières et abondantes durant 7 ou 8 jours.

Histoire clinique :

Cette femme est examinée uniquement parce que depuis quelque temps elle souffre du ventre.

Examen :

Toucher : corps utérin gros en anté-flexion.

A droite, masse annexielle sensible et fixée.

Diagnostic :

On porte le diagnostic de pyosalpynx.

Traitement :

Intervention le 15 février 1929.

Anesthésie au Balsoforme.

Incision de Pfannenstiël.

Le petit bassin contient du sang qui vient de l'orifice externe de la trompe droite qui est du volume du pouce et de couleur ardoisée.

Les annexes gauches sont, elles aussi, malades, prolabées dans le Douglas et y adhèrent.

On pratique une hystérectomie subtotale.

Pièce :

La trompe droite du volume du pouce à son tiers externe contient un caillot organisé du volume d'une grosse noix avec au centre une petite cavité à contenu citrin.

OBSERVATION XX

Avortement tubaire. — Hématocèle

Femme de 30 ans.

Examen le 15 mars 1929.

Antécédents gynécologiques :

Un avortement 5 ans auparavant. Il y a 6 mois, elle a eu une crise annexielle calmée par application de glace.

Histoire clinique :

Il y a 15 jours, ses règles sont apparues avec 4 jours de retard très peu abondantes et de coloration foncée.

Le 15 mars, à 18 heures, elle présente de violentes douleurs abdominales rapidement diffusées et s'accompagnant de lipothymies.

Examen :

Etat général : température à 37°, pouls à 110.

Ventre : souple.

Toucher : petit utérus à col normal.

Cul-de-sac gauche rénitent et douloureux au palper profond.

Trailement :

Intervention le 27 mars 1929.

Anesthésie au Balsoforme.

Incision de Pfannenstiel.

Le côlon sigmoïde est collé à l'utérus et, aux annexes gauches, ébauchant un cloisonnement du petit bassin.

Le cul-de-sac de Douglas est plein de caillots anciens.

La trompe gauche, très volumineuse, se perd au milieu des caillots.

On procède à l'ablation des annexes gauches.

Pièce :

C'est un hématosalpynx gauche avec avortement tubaire contenant des caillots et des débris placentaires.

OBSERVATION XXI

Rupture tubaire

Femme de 36 ans.

Entrée dans le service le 21 juin 1931.

Antécédents et histoire non connus.

Intervention :

Le 21 juin 1931.

Le ventre est plein de sang; la trompe droite est rompue.

On procède à l'ablation des annexes droites.

OBSERVATION XXII

Rupture tubaire

Femme examinée d'urgence.

Histoire clinique :

Cette femme a eu un retard de règles de 3 semaines et présente de petites pertes rouges.

Examen :

Etat général : pâleur intense, état syncopal, pouls incomptable, signes d'hémorragie interne.

Traitement :

Intervention : sous anesthésie très superficielle à l'éther.

A l'incision : le ventre est plein de sang, on va à l'utérus, on sent la trompe gauche normale, la droite est du volume d'un œuf de pigeon, elle est extériorisée et deux pinces sont placées l'une contre l'utérus, l'autre sur le ligament infundibulo-pelvien.

On assèche le ventre et on trouve au fond du petit bassin quelques caillots noirs indiquant que l'hémorragie s'est faite en plusieurs temps.

Ablation des annexes droites.

Pièce :

La trompe droite est rompue à sa partie postérieure et par l'orifice fait saillie un bourgeon de tissus placentaire.

OBSERVATION XXIII

Rupture tubaire

Femme de 25 ans.

Entrée le 6 novembre 1931.

Histoire clinique :

Arrêt de règles depuis 2 mois.

Le 5 novembre au soir, la malade ressent une vive douleur dans l'abdomen.

Le 6 à midi, répétition de la douleur, signes d'hémorragie interne, pouls petit et rapide, pâleur cireuse de la peau et des muqueuses, pas de pertes par le vagin.

Examen :

Ventre : sans défense.

Toucher : utérus petit et mobile.

Traitement :

Intervention sous anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane.

Le ventre est plein de sang rouge et de caillots.

La trompe droite présente une rupture au niveau de son tiers moyen.

On procède à l'ablation des annexes droites.

OBSERVATION XXIV

Rupture tubaire

Femme de 34 ans.

Examen le 21 février 1933.

Antécédents gynécologiques :

Deux accouchements.

Elle est soignée pour annexite depuis deux mois.
Ses règles sont très irrégulières.

Histoire clinique :

Depuis 10 jours, elle présente des douleurs abdominales très vives avec de petites pertes sanguinolantes. Son état général est déclinant.

Examen :

Le 21 février 1933 à midi.

Ventre : tendu uniformément.

Toucher : consistance mollassse des culs-de-sac latéraux et du Douglas.

Etat général : signes d'hémorragie interne, pâleur intense, tension misérable 7-5.

Traitement :

Intervention immédiate.

Sous anesthésie à l'éther à la Reine.

Incision hypogastrique : on trouve des caillots nom-

breux et du sang. La trompe gauche rompue en sa moitié interne laisse échapper du tissu placentaire.

On enlève les annexes gauches.

La malade qui a été très mal durant l'intervention succombe en fin d'intervention.

OBSERVATION XXV

Grossesse tubaire pre-isthmique

Femme de 34 ans.

Examen le 29 janvier 1934.

Antécédents gynécologiques :

Un accouchement normal il y a 17 ans.

Histoire clinique :

Ses dernières règles sont survenues 10 jours auparavant avec 15 jours de retard. Elle perd encore.

Le 29 janvier 1934 à 10 heures du matin, elle est terrassée par une violente douleur dans le bas-ventre accompagnée d'état syncopal.

L'interrogatoire est impossible en raison de l'état de la malade qui est vue à 12 h. 30.

Examen :

Etat général : pas de pouls, pâleur cireuse, hypothermie, odeur acétonémique de l'haleine, hyperesthésie cutanée, pas de défense à l'hypogastre.

Toucher : utérus très douloureux, petite métrorragie.

Diagnostic :

Rupture de grossesse extra utérine.

Traitement :

a) préparatoire : injection intraveineuse de 1 litre de

sérum salé avec l'ampoule de Jeanbreau dans la veine humérale.

Le pouls revient un peu.

b) Intervention : sous anesthésie à l'éther goménolé le 29 janvier 1934.

Laparotomie médiane : un flot de sang rouge jaillit à l'incision. On trouve une grossesse tubaire du volume d'une noix dans le tiers interne de la trompe droite non rompue.

On procède à la résection des annexes droites.

La corne utérine très friable a été déchirée.

On ferait une hystérectomie chez une malade en bon état ; ici, on met un drainage à la Mikulicz et on suture en un plan.

OBSERVATION XXVI

Rupture tubaire

Femme de 30 ans.

Entrée le 24 février 1934.

Histoire clinique :

Retard de règles au mois d'octobre, après ce retard, les règles apparaissent faites de sang couleur acajou et d'abondance moindre. Depuis cet incident, la malade est réglée régulièrement tous les mois, mais avec beaucoup moins d'abondance qu'auparavant.

Au mois de janvier, douleur brutale en coup de poignard dans l'abdomen, accompagnée de syncopes et de légères émissions de sang rouge par le vagin. Sans se préoccuper de son état, la malade continue son travail dès le lendemain.

Hier, 23 février, nouvelle douleur et nouvelles pertes ; elle entre à l'hôpital.

Examen :

Toucher vaginal : col normal.

corps gros, fixé et douloureux.

cul-de-sac postérieur bombé par une collection liquide.

Toucher rectal : cul-de-sac de Douglas douloureux.

État général ; température 37°2, pouls 88.

Traitement :

Intervention d'urgence.

Sous anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane : le péritoine est de coloration violette, il y a du sang et des caillots dans le petit bassin. L'utérus est globuleux. Présence d'un kyste de l'ovaire gauche du volume du poing.

Gros hématosalpynx à droite.

On réalise une hystérectomie subtotale sans drainage.

Pièce :

La trompe droite est rompue, l'ovaire gauche est porteur d'un kyste mucoïde.

OBSERVATION XXVII

Rupture de grossesse tubaire pre-isthmique

Femme de 24 ans.

Examen le 4 mai 1931 à 22 heures.

Antécédents gynécologiques :

Pas de passé génital, pas de grossesse, n'a jamais souffert du ventre.

Histoire clinique :

Elle a eu ses règles normales le 4 avril.

Le 4 mai à midi, les phénomènes débutent par une douleur dans la fosse iliaque droite accompagnée de petites syncopes sans aucune perte sanguine.

Examen :

A 16 heures, le pouls est à 80, la température à 37°3, le ventre est souple, elle a des nausées et des lipothymies.

A 22 heures : pas de pouls, hypothermie, respiration superficielle, pas de défense abdominale, sensation d'ascite libre.

Toucher : rien à signaler.

Diagnostic :

Hémorragie intra abdominale.

Trailement :

Intervention immédiate.

Laparotomie médiane. Le ventre est plein de sang et de caillots. On attire l'utérus, la trompe droite est éclatée à un demi-centimètre de son insertion utérine.

Après résection des annexes droites, l'hémostase est faite par une suture profonde de la région de la corne utérine.

Avenir obstétrical :

Cette femme a eu depuis deux accouchements normaux.

OBSERVATION XXVIII

Hématosalpynx

Femme de 25 ans.

Entrée le 7 janvier 1935.

Histoire clinique :

Il n'y a pas d'histoire, la malade n'accuse aucun retard de règles, les accidents ont débuté dans la journée même d'une façon insidieuse.

Traitement :

Sous rachianalgésie à la Percaïne.

Intervention : incision médiane sous-ombilicale. Il existe quelques caillots anciens dans la cavité péritonéale et du sang fraîchement épanché. La trompe gauche est porteuse d'un hématosalpynx.

Amputation de cette trompe et péritonisation.

OBSERVATION XXIX

Hématosalpynx en voie de fissuration

(Récidive de l'Observation 28)

Entrée le 26 mai 1937.

Histoire clinique :

Les dernières règles normales datent du début de mars. Au mois d'avril, elles sont très abondantes et durent 8 jours. Quelques jours après, la malade souffre un peu du ventre et repère en rouge peu abondamment.

Ces petites pertes durent jusqu'à fin avril où la malade élimine un caillot rouge qui est vraisemblablement une caduque utérine. Elle perd encore et finit par entrer à l'Hôpital.

Examen :

Le 26 mai 1937.

Toucher : douloureux, cul-de-sac postérieur empâté, cul-de-sac droit présentant une masse annexielle.

Traitement :

Intervention le 3 juin 1937.

Sous rachianalgésie à la Percaïne.

A l'incision médiane, on tombe sur une hématocele postérieure.

La trompe droite est porteuse d'une tumeur hématique.

On procède à l'hystérectomie subtotalé.

Pièce :

La trompe droite est porteuse à son tiers externe d'un hématosalpinx en voie de fissuration et contenant des amas placentaires.

OBSERVATION XXX

Rupture tubaire

(Récidive de grossesse extra-utérine)

Femme de 32 ans.

Examen le 25 février 1935.

Antécédents gynécologiques :

Jamais de grossesse normale.

Par contre, elle a été opérée il y a cinq ans par le Docteur David, de Narbonne, d'une grossesse extra-utérine.

Histoire clinique :

Le 19 janvier, elle a été réglée normalement. Le 30 janvier, nouvelle hémorragie qui n'a pas cessé.

Examen :

L'utérus est gros, en anté-flexion, le col est mou, l'utérus peu mobile. Cul-de-sac droit occupé par une masse juxta-utérine.

Diagnostic :

Annexite.

Traitement :

a) Médical :

La situation ne s'améliore pas, le ventre est de plus

en plus sensible, les douleurs de plus en plus intenses et la masse annexielle augmente de volume nettement ;

b) Intervention : le 8 mars.

Sous-anesthésie à l'avertine et éther.

Laparatomie médiane sur l'ancienne cicatrice. Le ventre renferme du sang rouge et des caillots. Après avoir dégagé l'épiploon et l'os iliaque qui adhère sur le moignon du ligament large gauche, on trouve dans le Douglas des caillots, un fœtus de 3 centimètres et du placenta.

La trompe droite est largement rompue dans sa partie moyenne.

OBSERVATION XXXI

Hématosalpynx

Femme de 28 ans.

Entrée le 28 juillet 1935.

Histoire clinique :

Retard de règles de 2 mois ; douleur violente en coup de poignard, syncope.

Traitement :

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane : la trompe droite est de la grosseur du poing.

On procède à son ablation ; c'est un hématosalpynx.

CHAPITRE II

ANALYSE CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Nous avons recherché dans chaque observation un certain nombre de faits que nous avons vu se répéter, soit d'une façon absolument identique, soit sous des modalités diverses, et nous les avons groupés par ordre de ressemblance. Ce travail, nous l'avons fait successivement pour les antécédents, pour l'âge, pour la variété, pour les récidives, pour la symptomatologie et pour l'intervention.

Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

En ce qui concerne les antécédents pathologiques gynécologiques, excepté quelques observations où le temps avait permis de noter tous les antécédents, il n'a pas été possible d'avoir des notions suffisantes pour pouvoir tirer des conclusions. Par contre, nous avons pu savoir à peu près pour toutes nos observations, quels étaient les antécédents obstétricaux.

Cela nous a permis de relever que, sur 26 femmes ayant présenté une grossesse extra-utérine :

- 6 avaient eu une grossesse utérine ;
- 3 avaient eu deux grossesses utérines ;
- 1 avait eu trois grossesses utérines ;
- 2 femmes avaient eu un avortement.

En somme, 12 femmes sur 26 avaient eu une ou plusieurs gravités utérines antérieures.

L'âge :

Nous notons que sur 24 femmes ayant une première grossesse extra-utérine, 13 ont moins de 30 ans, et 11 ont de 30 à 40 ans. Nous n'avons aucun cas au dessus de 40 ans.

Il semble donc que la grossesse extra-utérine se produit à tout âge avec une fréquence analogue.

La variété :

Sur les 31 cas de grossesse extra-utérine que nous envisageons, l'intervention nous a permis de constater que nous avons :

Des ruptures tubaires au nombre de 16, dont 5 ont été accompagnées d'inondation péritonale cataclysmique.

8 hématosalpinx, dont 2 étaient en voie de fission ;

5 avortements tubaires, dont 1 avec hématoçèle postérieure et 1 avec hématoçèle latérale ;

2 grossesses pré-isthmiques, l'une rompue, l'autre en voie de rupture.

Récidives.

Faisons maintenant une place toute particulière aux

récidives que nous avons rencontrées 5 fois sur les 31 interventions qui ont été réalisées.

Mettons bien en lumière ce chiffre de 19 % de récive ; nous verrons plus loin ce que nous devons en conclure.

Symptomatologie.

Le syndrome de grossesse extra-utérine est surtout constitué par 4 symptômes importants : douleurs violentes, syncopes, petites douleurs, pertes rouges répétées. Nous avons recherché quelle était la prédominance de chacun d'eux dans chaque variété de grossesse extra-utérine, et nous avons trouvé que sur nos 16 ruptures tubaires 13 s'étaient manifestées entr'autre par des douleurs violentes, soit 81 %.

10 se sont accompagnées de syncopes, soit 63 %.

1 s'est manifestée par des petites douleurs répétées peu violentes.

Enfin, nous relevons des pertes rouges dans 9 cas.

Sur 8 hématosalpinx :

3 se sont manifestés par des douleurs violentes, soit 47 % ;

5 par de petites douleurs abdominales ;

2 par des syncopes ;

4 ont été accompagnés de pertes rouges.

Sur nos 5 avortements tubaires :

1 s'est manifesté par une violente douleur, soit 20 % ;

4 par de petites douleurs, soit 80 % ;

1 par une syncope, soit 20 % ;

2 par des métrorragies, soit 40 % ;

Rapprochons ces différentes données, et nous voyons

que les chiffres des métrorragies sont de 56 %, 50 %, 40 % à peu de choses près les mêmes.

Les douleurs violentes appartiennent aux ruptures tubaires d'abord avec 81 %.

A l'hématosalpynx ensuite avec 47 %.

En dernier lieu, à l'avortement tubaire avec 20 %.

L'état syncopal appartient surtout aux ruptures tubaires avec 63 %.

Ensuite, à l'hématosalpynx avec 25 %.

Enfin, à l'avortement tubaire avec 20 %.

Les petites douleurs répétées sont du domaine de l'avortement tubaire dans 80 % des cas.

Et de la rupture dans 6 % des cas.

L'intervention.

a) Son moment.

Nous avons recherché dans nos observations à quelle distance horaire du premier examen l'intervention avait été pratiquée, et nous avons trouvé que 11 interventions avaient été pratiquées d'extrême urgence pour signes d'hémorragie interne grave.

Toutes étaient des ruptures tubaires.

4 dont le diagnostic avait été fait ont été réalisées avant la 24^e heure consécutive à l'examen ; il n'y avait pas urgence absolue.

2 étaient des ruptures tubaires, 2 étaient des hémato-salpynx.

4 ont été pratiquées avant la 48^e heure ; ce sont : 3 ruptures tubaires et 1 avortement tubaire.

Enfin, 13 interventions ont été pratiquées en raison du diagnostic qui n'avait pas été posé précocement, ou pour toute autre cause, dans les jours qui ont suivi le pre-

mier examen ; ce groupe se décompose en : 6 hémato-salpynx, 4 avortements tubaires, 3 ruptures tubaires.

b) Ce qu'elle a été.

Dans 23 cas, on a pratiqué simplement 1 amputation de la trompe gravide ou rompue et l'ablation des caillots.

8 fois, on a procédé à l'hystérectomie subtotale, 5 fois pour les récidives, 2 fois pour lésions annexielles du côté opposé, 1 fois parce que l'autre ovaire était porteur d'un kyste.

Dans 1 cas, il a été procédé à l'ablation des 2 trompes.

CHAPITRE III

DISCUSSION DES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS

Nous venons d'énoncer dans le précédent chapitre des faits bruts, une série de statistiques. Ce sont ces chiffres qui nous ont suggéré quelques réflexions que nous allons tâcher de développer et d'approfondir.

La douleur violente et l'état syncopal.

Toutes les variétés de grossesses extra-utérines se manifestent par de la douleur, mais le fait qui nous a frappé à l'examen de nos observations, c'est que cette douleur ne se présente pas toujours avec les mêmes modalités et surtout avec la même intensité.

La douleur est tantôt brutale et justifie sa comparaison avec la douleur ressentie lorsqu'on reçoit un coup de poignard, tantôt elle est de faible intensité, ce sont quelques vagues douleurs abdominales.

Nous avons fait un rapprochement entre ces différentes variétés de douleurs et la forme anatomique que nous avons rencontrée à l'intervention, et nous avons constaté que ce sont les ruptures tubaires qui s'accompagnent, dans la grande majorité des cas, de douleurs violentes.

Les petites douleurs répétées sont, au contraire, à notre avis, et d'après ce qu'il découle des chiffres que nous avons indiqués dans le précédent chapitre, l'apanage des avortements tubaires ou l'indication de l'existence d'une trompe qui se distend sous la poussée d'un hématosalpinx.

Signalons ici qu'il n'est jamais fait mention dans nos observations de cette douleur haute sur laquelle quelques auteurs ont insisté.

Insistons également sur un élément clinique qui nous paraît être d'une importance toute primordiale dans l'énoncé d'un diagnostic, c'est l'élément état syncopal.

S'il est vrai que dans l'avortement tubaire et dans la distension d'une trompe par un hématosalpinx, il peut se créer un état syncopal, il n'en reste pas moins, et ce sont les chiffres que nous avons relevés qui nous permettent d'émettre cette opinion, que c'est la rupture tubaire qui se manifeste le plus grand nombre de fois par des syncopes.

Ce symptôme, joint à la douleur brutale, doit, à notre avis, préciser un diagnostic qui pourrait être douteux quant à la variété. Et nous trouvons confirmation de ce fait chez les auteurs. Chaput, en particulier, dans le « *Journal de Gynécologie et Chirurgie abdominale* », publie un article résumé dans le « *Journal de Chirurgie* », tome II, dans lequel il cite 2 cas où son diagnostic de rupture tubaire a été fixé par le syndrome douleur violente et syncope. Voici cet article :

« Dans la première observation, il n'y avait pas eu suspension de règles et la violence des douleurs avait fait penser à une perforation gastrique. La mollesse du

col inclinait vers le diagnostic de grossesse avec menace d'avortement.

Dans le second cas, il y avait surtout des crises douloureuses violentes, revenant à intervalles éloignés et interruption de règles. En l'absence de signes d'hémorragie interne et de tuméfaction pelvienne, on ne pouvait penser d'emblée à une grossesse extra-utérine et le diagnostic de grossesse utérine, avec menace d'avortement, paraissait le plus vraisemblable. Chaput se rallia au diagnostic de grossesse tubaire en se basant sur ce fait que, malgré une hémorragie importante qui aurait dû faire admettre la terminaison de l'avortement, si on avait été en présence d'une grossesse utérine, les douleurs continuaient sans hémorragie, sans fièvre, sans béance du col ; de plus, malgré un curage soigné, les douleurs violentes reparurent en crises.

On peut arriver au diagnostic de grossesse extra-utérine rompue alors qu'il n'existe aucun signe d'inondation, ni d'hématocèle et aucun trouble de l'écoulement menstruel, lorsqu'on constate des douleurs violentes siégeant au niveau d'un ovaire ; survenant par crise avec intervalles de calme et récidivant quelque soit le traitement employé ».

C'est également dans le *Journal de Chirurgie*, que nous trouvons un résumé de l'article publié par J. V. Ricci et Salvator di Palma, de New-York, dans *American journal of Obstetrics*. Dans cet article, les auteurs présentent, une statistique de 100 cas de ruptures tubaires où 65 fois elles se manifestèrent par une douleur violente accompagnée 32 fois de syncopes.

Nous nous devons de signaler encore dans l'élément douleur, cette douleur violente que nous avons rencontrée quelquefois dans nos observations et signalée à la pratique du toucher et qui se localise électivement au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Cette douleur a été vue d'une façon assez irrégulière et nous ne pouvons en tirer des conclusions personnelles. Nous nous en tiendrons à l'avis unanime des auteurs qui s'accordent pour lui attribuer une importance primordiale, étant donné sa violence et sa spécificité si l'on peut dire, puisqu'on ne la rencontre que dans la grossesse extra-utérine.

Nous avons indiqué, plus haut que dans aucune de nos observations n'était mentionnée, la douleur haute ; cependant de nombreux auteurs la rencontrent dans un grand nombre de cas.

Faisons la même observation pour le signe bleu de l'ombilic.

Peut-être devons nous attribuer ces faits à l'interrogatoire incomplet de certaines de nos observations.

Les récidives de grossesses extra-utérines :

Tous les cas de récidive que nous signalons l'ont été sur la trompe opposée ; en aucun cas, elle n'aurait pu se produire sur la trompe qui fut gravide une première fois, car, au cours de la première intervention, il a toujours été procédé à une amputation totale de la trompe gravide.

Le fait brutal que nous avons sous les yeux, c'est que sur 31 femmes qui ont été opérées pour grossesse extra-utérine, il y en 5 qui l'avaient été une première fois pour

la même raison et ceci représente une proportion de 19 %.

Ce chiffre nous a paru considérable ; aussi, avons-nous recherché quels étaient les chiffres donnés par les auteurs. En général, ils s'accordent pour donner une proportion de 4 %.

Si nous nous en tenions aux chiffres que nous avons trouvé et qui est vraiment important, il semblerait que nous ayons là, la justification d'une intervention plus élargie. Nous verrions peut-être la nécessité de l'hystérectomie pour éviter à la femme le risque à courir d'une nouvelle intervention.

Cette idée a été discutée par certains auteurs. C'est Smith, de Grans Rapids, qui, dans la revue *Surgery Gynecology and Obstetrics*, de juin 1914, présente une statistique résumée dans le *Journal de Chirurgie*, t. XIII, où le chiffre des récidives est voisin du nôtre.

Voici ce résumé :

« Faut-il conserver la trompe saine en vue d'une grossesse utérine possible ?

» Faut-il l'enlever dans la crainte d'une récidive de grossesse ectopique ?

» C'est pour résoudre ce problème que Smith a colligé ce grand nombre d'observations. Sur le nombre, il envisage 144 cas dans lesquels on était en droit d'espérer une grossesse ultérieure : 97 restèrent stériles, 40 devinrent enceintes (32,6 %) avec 42 enfants vivants.

» 22 eurent une seconde grossesse ectopique, 2 malades eurent une grossesse normale et une grossesse ectopique.

» Si l'on considère l'âge des malades, on trouve que sur 67 malades âgées de moins de 30 ans, 27 eurent par

la suite des grossesses normales, 10 des grossesses ectopiques.

» Sur 74 femmes ayant dépassé 30 ans, 19 eurent des grossesses normales, 18 une grossesse tubaire.

» En somme, beaucoup moins que la moitié des opérées ont eu, par la suite, une grossesse normale (32,6 %) et 14,6 % ont eu une récurrence ectopique.

» Ces chiffres n'imposent pas une règle de conduite absolue et il sera bon dans nombre des cas d'exposer à la malade les chances d'une grossesse normale ultérieure, d'une part, et les risques qu'elle court de l'autre. En tout cas, c'est sur l'âge de la malade, du fait qu'elle a déjà des enfants ou n'en a pas et son désir d'en avoir, qu'il conviendra de se décider. »

De même, J.-W. Bovee, dans un article résumé dans le *Journal de Chirurgie*, discute de l'intervention à réaliser. Chez lui, les conclusions sont éclectiques. Il fait intervenir l'âge des femmes, les risques à courir. Voici ce qu'il dit dans cet article :

« Il serait désirable que dans chaque cas on discutât d'abord avec la malade de la possibilité des manœuvres à exécuter au cours de l'opération, et ceci fait, s'il s'agit d'une malade jeune, sans enfant, ou plus âgée, mais désirant en avoir, il y a lieu de conserver la trompe opposée, à moins qu'elle soit irrémédiablement obstruée. Cette conduite sera suivie de propos délibéré, en pleine connaissance de cause et avec la notion nette que la malade peut ne pas avoir de grossesse ultérieure, ou que, d'autre part, même avec une trompe d'apparence saine, une deuxième grossesse ectopique peut se développer.

» Chez les femmes ayant eu des enfants à terme, nous

devrons être gouvernés par leur désir d'en avoir encore d'autres et garder la trompe opposée, à moins d'obstruction irrémédiable de celle-ci.

« Chez les femmes ayant eu des enfants à terme et n'en desirant plus avoir, nous devons sans hésitation enlever la trompe opposée, normale ou non, pour éviter la possibilité d'un accident. »

Malgré tout, une chose domine, c'est que ces auteurs se gardent bien de prendre une position nettement arrêtée.

Par contre, Zeilline, de Saint-Petersbourg, dans *Frauchenstein's Gazette*, publie un article dans lequel il envisage 106 cas de grossesse extra-utérine, et il conclut : « Le risque de récurrence, 1^{er}, est insignifiant, comparé aux chances de grossesse intra-utérine. Aussi ne doit-on enlever la trompe non gravide que dans les cas où elle présente des altérations manifestes. On se contentera, dans les autres cas, de la libérer de ses adhérences ».

Diétrich, dans un article résumé dans le *Journal de Chirurgie*, tome 18, discute les raisons pour et les raisons contre l'intervention plus élargie. Parmi les raisons pour ou contre l'ablation de la trompe saine, Diétrich en étudie 2 :

« 1^{re} La fréquence d'une seconde grossesse tubaire dans la trompe laissée en place.

« 2^{de} La fréquence d'une grossesse normale après ablation de la seule trompe malade.

« Il apporte une statistique personnelle de 12 cas où il observa une seule récurrence de grossesse tubaire, soit 2,38 % ».

« 17 grossesses normales (dont 5 terminées par avortement), soit 42,85 %.

« Puis, il rassemble 1528 observations allemandes avec 85 récidives, et 2.998 observations collationnées par R.R. Smith, avec un pourcentage de 3,8 % de récidive.

« La moyenne totale des récidives est de 4,68 %.

« Par contre, dans un groupe de 615 observations, Diétrich relève 175 grossesses normales, soit 28,62 % des cas.

« Diétrich conclut, en raison de ce chiffre de grossesses normales ultérieures, beaucoup plus élevé que celui des récidives de grossesses tubaires, en faveur de la conservation de la trompe saine ».

Ces auteurs prennent donc nettement position pour une intervention conservatrice.

C'est à l'avis de ces derniers que nous nous rangerons : d'ailleurs, dans toutes nos observations, c'est cette ligne de conduite qui a été suivie. Les hystérectomies qui ont été réalisées ont été imposées pour des faits autres que la seule grossesse extra-utérine.

L'intervention conservatrice se justifie d'ailleurs par de nombreuses raisons.

D'abord, le plus grand nombre de chances de grossesse utérine, puisque les auteurs donnent une proportion de 30 % environ de grossesse utérine, alors que la récidive n'est que de 4 %.

Ensuite, le besoin d'aller vite au cours de l'intervention, car il ne faut pas oublier que bien souvent, ces malades ont perdu du sang en abondance et sont en état de choc profond.

Pratiquer une hystérectomie serait leur faire courir

un risque qui n'est justifié par rien, pas même par une grossesse extra-utérine postérieure éventuelle.

Et enfin, n'oublions pas que bien souvent, ces femmes sont des femmes jeunes chez qui le désir de maternité existe toujours.

Le traitement de la grossesse extra-utérine :

Les grossesses extra-utérines que nous étudions se sont présentées au chirurgien avec des signes cliniques différents. Un grand nombre étaient accompagnées du tableau de la grande hémorragie ou du grand choc. D'autres ne présentaient aucun caractère d'urgence. Envisageons seulement les premières.

Que doit-on réaliser dans le cas d'extrême urgence ?

Faut-il intervenir d'emblée et courir le risque d'une intervention chez une malade choquée ?

Faut-il attendre et laisser s'accroître une hémorragie très grave ?

Dans toutes nos observations, le problème a été résolu par l'intervention immédiate systématique, et cette ligne de conduite a été justifiée par le résultat.

Toutes les fois, on a trouvé dans l'abdomen un abondant épanchement de sang avec des vaisseaux saignants.

Il est bien entendu qu'il avait été fait le nécessaire pour que la malade soit en état de supporter une intervention rapide : injections de toni-cardiaques, injections de sérum, transfusions de sang massives.

Transfusion et ses indications :

Elle doit être envisagée avant et après l'intervention,

Dans le plus grand nombre des cas, c'est avant l'intervention qu'elle est pratiquée.

Son indication vient du fait que la malade est en état d'hémorragie aiguë, et c'est la transfusion qui doit l'aider à supporter l'intervention ; il en est de même pour le choc.

De sorte qu'il est bien rare que ce soit au cours de l'intervention qu'apparaisse la nécessité de la transfusion. La malade a besoin de la transfusion avant l'intervention, ou n'en a pas besoin du tout.

Parmi les cas que nous envisageons, on n'a eu recours à cette pratique que 3 fois ; c'était dans des cas absolument désespérés, et les malades auraient probablement succombé. Le seul cas où l'indication de la transfusion était formelle et où elle n'a pas été réalisée a vu l'exitus de la malade.

La transfusion est donc un auxiliaire de première valeur qui doit être mis en œuvre dès que le besoin s'en fait sentir.

A l'heure actuelle, il est relativement aisé de trouver des donneurs. Des centres de transfusion sont constitués dans de nombreuses villes. En particulier à Béziers, où l'Hôpital est le siège d'un centre de transfusion qui fonctionne d'une façon régulière avec une vingtaine de donneurs, dont une dizaine peuvent être au lit du malade dans la demi-heure qui suit l'appel.

A défaut du centre sur lequel on puisse compter, un chirurgien est toujours à même de grouper un membre de la famille et de l'utiliser.

La transfusion du sang épanché.

Cette pratique n'est jamais signalée dans aucune de

nos observations, pour la bonne raison que si l'on avait jugé nécessaire d'apporter un complément de sang au malade, on aurait préféré lui faire une hétéro-transfusion. Le sang que l'on a recueilli dans l'abdomen étant chaque fois mêlé à des caillots, le chirurgien n'aurait pas voulu courir le risque d'une embolie.

Cette méthode ne nous paraît pas apporter l'amélioration compensant le risque qu'elle fait courir.

D'ailleurs, de nombreux auteurs ont exprimé leur opinion là-dessus ; ainsi, en particulier, O. Hajeck, de Pragues, publie dans le *Medizinischè Klinik* un article résumé dans le *Journal de Chirurgie*, t. XXXIV.

Voici ce résumé :

« Hajek indique que, sur 54 réinjections, il a eu 10 cas de mort, et dans 8 cas, la question est à discuter, l'injection ayant été sans effet sur l'anémie. Aussi, dans les cas légers, l'auteur rejette cette méthode, ne la conservant que pour des cas graves où elle est associée à des hétéro-transfusions. »

Le transport des malades.

A l'heure actuelle, l'on ne peut plus soutenir l'intervention à domicile, même dans les cas les plus extrêmes. Toutes nos observations comportent un traitement fait dans une formation chirurgicale organisée.

Les avantages que l'on retire d'une intervention faite dans une salle destinée à cet usage, avec un personnel expérimenté, compensent largement l'inconvénient encouru par la perte de temps.

La technique opératoire.

a) L'anesthésie.

Dans tous les cas où il n'y a pas urgence, l'anesthésie revêt l'importance qu'on lui attache dans toute intervention, mais dans les cas où la malade est une grande hémorragique ou une grande choquée, l'anesthésie devient un temps délicat de l'intervention.

Dans les observations que nous présentons, ce problème a été résolu par l'utilisation de l'éther, bouffée par bouffée, sans jamais atteindre une narcose profonde.

b) La technique proprement dite.

Elle a toujours été la même : ouverture rapide de l'abdomen, recherche de la trompe qui saigne, ligature et ablation, évacuation des caillots.

Nous avons dit ce que nous pensions de l'hystérectomie qui a toujours été rejetée dans les cas non compliqués d'une autre affection.

c) Drainer.

Le chirurgien ne l'a fait qu'une seule fois à cause de l'infection surajoutée des annexes. Elle ne paraît pas nécessaire si le ventre a bien été vidé de ses caillots.

CONCLUSIONS

Comme nous l'avons annoncé dans l'introduction de cet ouvrage, nous avons compulsé une à une nos observations sans aucun plan préconçu. Nous avons tâché de mettre en lumière les faits qui s'en dégagèrent au fur et à mesure et qui nous ont le plus frappé. Nous avons recherché chez les auteurs quelle était l'importance qu'on leur attachait et nous avons vu que malgré le nombre réduit des éléments de notre statistique, puisqu'elle ne porte que sur 31 cas, nous arrivions à des chiffres bien voisins de ceux des auteurs, et qui nous permettent d'émettre des conclusions qui sont également les leurs dans la plupart des cas.

Nous avons vu l'importance qu'il faut attribuer à des symptômes tels que la douleur violente en coup de poignard accompagnée de syncope, pour l'établissement d'un diagnostic précis. Lorsque nous rencontrerons cet élément au cours de notre carrière médicale, accompagné de quelques autres signes de grossesse extra-utérine, nous porterons catégoriquement le diagnostic de rupture de grossesse tubaire. Si les douleurs ont moins d'importance, sont étalées dans le temps, avec des signes de grossesse et des écoulements sanguins, nous inclinerons vers l'avortement tubaire ou l'hémato-

salpynx et je crois que cette ligne de conduite ne pourra que nous donner satisfaction.

Le chiffre des récidives que nous avons trouvé est bien important et c'est ici le seul point que nous ayons de divergent avec les auteurs qui ont établi des pourcentages. Nous pensons que ce chiffre, nous devons l'attribuer précisément à la brièveté de notre statistique et nous nous gardons bien d'en tirer une conclusion thérapeutique. En cela, nous nous rangeons à l'avis des auteurs et nous estimons comme eux qu'en aucun cas, l'appareil génital étant sain, on ne doit intervenir largement. L'intervention conservatrice doit demeurer la règle dans la grossesse extra-utérine et, si un jour, dans notre clientèle, une malade jeune a été opérée de grossesse ectopique, à sa prochaine gravidité, c'est une grossesse normale que nous attendrons.

La technique opératoire nous intéresse d'une façon moins directe, puisque nous ne serons jamais appelé à la mettre en œuvre, mais nous pensons néanmoins qu'un chirurgien doit se trouver bien de la réaliser comme elle l'a été dans les observations que nous avons étudiées.

L'intervention doit être précoce, aidée d'une hétéro-transfusion à l'exclusion d'une auto-transfusion du sang épanché, pour les cas d'hémorragie, faite dans une formation chirurgicale organisée, avec l'aide d'un personnel exercé.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS (H.-R.). — Quelques cas de grossesse utérine. (*Journal de chirurgie*, tome XVI, page 251).
- BOVEE. — Conclusions sur une série de 70 cas de grossesse ectopique traités chirurgicalement. (*Journal de chirurgie*, tome IV, page 583).
- CHAPUT. — Etude de la grossesse extra-utérine : importance des crises douloureuses, violentes et répétées ; l'hématocèle supra-utérine, (*Journal de chirurgie*, tome XI, page 518).
- HENDRY. — Analyse clinique de 142 cas de grossesse ectopique. (*Journal de chirurgie*, tome XXVII, page 228).
- HENAULT. — 14 cas de grossesse tubaire : étiologie, diagnostic ; traitement de la grossesse extra utérine. (*Journal de chirurgie*, tome VIII, page 273).
- REYMOND. — Hémorragies dues aux grossesses tubaires sans rupture de la trompe. (*Journal de chirurgie*, tome V, p. 758).
- RICCI et SALVATORE DI PALMA. — Analyse de 100 cas de rupture de grossesse ectopique : — Auto-hémofusion. (*Journal de chirurgie*, tome XL, page 743).
- SMITH (R.-R.). — Résultats observés (après 5 ans) chez 192 malades opérées de grossesse extra-utérine, en particulier les grossesses utérines et ectopiques consécutives. (*Journal de chirurgie*, tome XIII, page 317).
- STEIN (H.-E.). — Etude clinique de la grossesse ectopique ; nouvelle théorie étiologique. (*Journal de chirurgie*, tome XVII, page 400).
- TPLER. — Réinjection du sang accumulé dans la cavité péritonéale dans un cas de rupture de grossesse extra-utérine. (*Journal de chirurgie*, tome XXI, page 118).

TANIGUCHI, — Sur la source de l'hémorragie dans les ruptures de la trompe gravide. (*Journal de chirurgie*, tome XII, p. 675).

WIEGAND (A.). — Statistiques de grossesse extra-utérine. (*Journal de chirurgie*, tome XVII, page 401).

ZEITLINE (L.-Ja.). — Cent six cas de grossesse extra-utérine traités par l'intervention chirurgicale. (*Journal de chirurgie*, tome IX, page 516).

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Etude critique de quelques observations
de grossesse extra-utérine.

Par Jean Joubé.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 4 juillet 1937.

Le professeur :

LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 3 juillet 1937.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 6 juillet 1937.

Le Recteur,

TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
